Münster. 1931. No 25

Med Diss.

Beitrag zur Lehre vom chronischen Delirium bei genuiner Epilepsie und Hirngeschwulst.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät der
Universität Münster

vorgelegt von

Otto Helming
Münster i. W.

1931

Buchdruckerei Ferdinand Althoff, Münster i. Westf.

Dekan: Prof. Dr. Vogt
Referent: Prof. Dr. Kehrer

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westf.)

Unter Delirium versteht man einen traumhaften Verwirrtheitszustand, der mit Halluzinationen und Wahnideen, meist auch mit motorischer Unruhe einhergeht. Am bekanntesten ist sein Vorkommen bei chronischer Alkoholvergiftung und bei manchen fieberhaften Infektionskrankheiten. Delirante Zustände finden sich aber auch bei vielen anderen Krankheiten sowohl des Gehirns, als auch bei Psychosen und Allgemeinerkrankungen, durch welche die Funktion des Gehirns direkt oder indirekt beeinflußt wird. Somit ist das Delirium ein Symptom von großer klinischer Bedeutung, da es bei der Diagnose der genannten Krankheiten oft eine ausschlaggebende Rolle spielt, zumal es bei den einzelnen Erkrankungen meist in einer für dieselben typischen Form vorzukommen pflegt. Indem nämlich die einzelnen Komponenten des Delirs, z. B. die Halluzinationen, die motorische Unruhe oder die Bewußtseinstrübungen mehr oder weniger hervortreten oder variiert vorkommen, geben sie dem Delirium einen besonderen symptomatischen Wert und machen es für die Grundkrankheit charakteristisch.

Die vorliegende Arbeit behandelt je einen Krankheitsfall von Epilepsie und Hirngeschwulst, die mit deliranten Zuständen einhergehen. Die beiden Fälle wurden in letzter Zeit in der psychiatrischen Klinik zu Münster beobachtet. Da sie sehr typisch sind, teilweise aber auch interessante Einzelheiten darbieten, die von der Regel abweichen, ist es wohl angebracht, sie eingehend zu untersuchen und ihre Krankengeschichten genau wiederzugeben. Zunächst sei nun das Wesen des eliptischen Delirs, wie es in der neueren Literatur beschrieben wird, kurz geschildert.

Am nächsten verwandt ist das epileptische Delirium mit jenen bei Epilepsie vorkommenden psychischen Störungen, die man als Dämmerzustände bezeichnet. Das Wesen beider Zustände ist eine transitorische Bewußtseinsstörung, deren Hauptmerkmal ein veränderter Bewußtseinszustand ist. Dieser veränderte Bewußtseinszustand ist wohl zu unterscheiden von jenen epileptischen Bewußtseinsstörungen, wie sie der große Krampfanfall und das Petit mal darbieten. Hier ist das Bewußtsein insofern gestört, als es vollkommen aufgehoben ist. Bei der transitorischen Bewußtseinsstörung des epileptischen Dämmerzustandes und beim epi-

leptischen Delir jedoch, das man auch als eine besondere Aeußerungsform des Dämmerzustandes auffassen kann, ist das Bewußtsein nicht aufgehoben, sondern nur verändert. Zustände solcher Art kommen neben den eigentlichen epileptischen Anfällen vor, sind also keine Aequivalente des Anfalls. Westphal charakterisiert sie folgendermaßen: „Es gibt Zustände, in welchen das Bewußtsein derart tief gestört sein kann, daß der Betreffende sich in einem Ideenkreis bewegt, der wie losgelöst erscheint von seinem normalen." Binswanger spricht im gleichen Sinne von traumhaft veränderten Bewußtseinszuständen. Treten solche Zustände in Form schnell wechselnder und unzusammenhängender Gedanken, Reden und Handlungen, Halluzinationen und motorischer Unruhe auf, so haben wir das Bild des epileptischen Delirs. Dabei sind die Uebergänge von den Zuständen einer Art zu Dämmerzuständen anderer Art durchaus fließend, je nachdem eine Grundidee das Bild beherrscht oder mehr und mehr zurücktritt, um der Ideendissoziation als der bestimmenden Anomalie des Delirs Platz zu machen. Diese Ideendissoziation hält Binswanger für eine „primäre Inkohärenz" der Gedanken. Nach ihm gruppieren sich alle anderen Symtome um dieses „psychopatholische Grundphänomen", das, wie er schreibt, oft das einzige deutlich erkennbare, auf das Reden und Gebaren des Kranken abfärbende Merkmal der epileptischen Verwirrtheit ist. Auch Raeke nimmt bei seiner Charakterisierung des epileptischen Delirs eine primäre Inkohärenz der Gedanken an, indem er schreibt: „Es zeigt sich, daß als wesentliche Aenderung des Bewußtseins in der epileptischen Verwirrtheit eine eigentümliche Störung des Gedankenablaufes anzusehen ist, welche eine Verarbeitung neu zugeführter Sinneseindrücke und ihre Verknüpfung mit früheren Erinnerungsbildern erschwert, ja, unmöglich macht, dadurch die Merkfähigkeit beeinträchtigt und gleichzeitig die Neigung zu einem abspringenden Gedankengang schafft, der in kaleidoskopisch wechselnden Wahnideen zutage tritt." Aschaffenburg bezweifelt das Vorkommen einer primären Inkohärenz. Er nimmt bei der halluzinatorischen Verwirrtheit als Grundsymptom eine Störung der Aufmerksamkeit und Auffassung an und betont, daß die Verworrenheit des Denkens der Verworrenheit der Trugwahrnehmungen parallel gehe, nicht aber durch sie bedingt werde. Dadurch, daß die psychischen Erlebnisse infolge der gleichzeitigen Bewußtseinsstörungen nicht genügend in Beziehung mit der Außen-

welt gebracht werden, soll die Zusammenhanglosigkeit des Denkens entstehen, die aber nur da bis zur völligen Verwirrtheit führe, wo die Auffassungsfähigkeit erheblich gestört sei. In der Tat macht der Kranke, wie Vogt eingehend schildert, wenn es gelingt, seine Aufmerksamkeit und damit die Auffassung eine Zeitlang zu wecken, einen geordneten Eindruck. Auf Fragen über seine Person und aus seinem früheren Leben erhält man oft überraschend richtige Antworten, die mit der Unorientiertheit über Ort und Zeit kontrastieren. Ueberhaupt herrscht nach Siemerling ein buntes Durcheinander von geordneten und ungeordneten, spontanen und beabsichtigten, sinngemäßen und unerwarteten Momenten. Gerade diese Mischung bezeichnet er als typisch epileptisch. Als charakteristisch für den Verlauf des epileptischen Delirs gibt Binswanger noch an, daß oft ein reger Wechsel von Phasen stuporösen Verhaltens mit solchen, die sich durch eine Beschleunigung des Ablaufes der dissoziierten Vorstellungen auszeichnen, zu beobachten sei. Während des Stupors trete die Inkohärenz mehr zurück und die Denkhemmung beherrsche das Bild. Die Kranken seien alsdann stumm und teilnahmslos in sich versunken und zeigten einen leeren Gesichtsausdruck. In seltenen Fällen kommt das epileptische Delirium in einer an Paranoia erinnernden Form vor. In solchen von Siemerling beschriebenen Krankheitsbildern tritt die Dissoziation der Gedanken mehr zurück um bestimmten Wahnideen, welche die Gedanken, Reden und Handlungen der Kranken mehr oder weniger beherrschen, Platz zu machen.

Die Halluzinationen des deliranten Stadiums sind in besonderer Weise charakterisiert. Sie pflegen sich nach Binswanger durch große sinnliche Lebhaftigkeit, durch gesättigte Farben und besonders durch schreckhaften Inhalt auszuzeichnen. Gehörs-, Geschmacks- und Geruchs- oder Haut- bezw. Muskelgefühlshalluzinationen spielen eine untergeordnete Rolle, während die Gesichtsbilder dominieren. Sie treten in Erscheinung als Lichtstrahlen, farbige Gegenstände, Blitze, Wasserfluten, feurige Gestalten und Pfeile, Figuren, Tiere, Menschen und Geister. Wegen des schreckhaften Inhalts der Trugbilder ist die Grundstimmung im deliranten Zustande meist eine ängstliche, zornige und zur Abwehr geneigte. Deshalb kommen auch gelegentlich gewalttätige Handlungen vor, die sich, sowohl gegen das eigene Leben, als auch gegen das der Mitmenschen richten. Auch sonst entsprechen die Handlungen den pathologischen

Wahnideen und Halluzinationen. Sie sind zwangsartig und impulsiv; blindes Umsichschlagen, Zerreißen der Kleider und Zerstörung anderer Gegenstände sind daher keine Seltenheit. Zuweilen, besonders wenn die Bewußtseinstrübung weniger intensiv ist, machen sie auch einen geordneten und planvollen Eindruck, wie von einer bestimmten Vorstellung geleitet.

Fast alle Vorgänge während des epileptischen Delirs unterliegen mehr oder minder der Amnesie, u. zw. besteht ein direktes Verhältnis zwischen der Tiefe der Bewußtseinsstörung und der Tiefe der Amnesie. Nach Binswanger wird eine Vorstellung um so leichter vergessen, je unvollständiger die assoziative Verknüpfung der Glieder einer Vorstellungsreihe untereinander ist. Wenn die Amnesie nicht total ist, so pflegt die erhaltene Erinnerung einen ausgesprochen inselförmigen Charakter zu haben. Einige Autoren nehmen an, daß infolge der Herabsetzung der Aufmerksamkeit während dieser Zustände eben nur Eindrücke von besonderer Kraft im Gedächtnisse haften. Siemerling bezweifelt das und meint, daß die erhaltene Erinnerung einen wahllosen Charakter habe.

Die Dauer des epileptischen Delirs ist sehr verschieden. Zwischen nur rudimentär auftretenden Erscheinungen von Verwirrtheit und Wochen und Monate lang anhaltenden schweren Psychosen, bieten sich alle Uebergangsmöglichkeiten. Die nur kurze Zeit anhaltenden und leicht verlaufenden Anfälle gehen oft den schweren und lange andauernden deliranten Zuständen voraus, oder sie treten in der Zwischenzeit in Erscheinung. Die rudimentären Anfälle äußern sich meist in einzelnen sinnlosen und verworrenen Reden, die auf die langsame Lockerung des assoziativen Zusammenhanges der Vorstellungen hinweisen. Wie die Dauer des epileptischen Delirs, so ist auch die Häufigkeit seines Auftretens bei den einzelnen Kranken überaus verschieden. Es wurden Fälle beobachtet, bei denen die Anfälle der Bewußtseinsstörung nur durch kurze Zwischenräume getrennt waren, und andererseits kommt es vor, daß die Psychose ganz selten, ja, nur ein- oder zweimal im Leben auftritt und der Kranke während der übrigen Zeit vollkommen klar ist.

Es folgt jetzt die Krankengeschichte, um dann auf Einzelheiten derselben näher einzugehen.

Krankengeschichte:

Die Geschäftstochter K. W. M., 29 Jahre alt, wurde am 20. 12. 28 von der Frauenklinik Münster, wo sie sich seit Oktober desselben Jahres wegen Menstruationsstörungen in Behandlung befand, der psychiatrischen Klinik in Münster zur Untersuchung überwiesen. Nerven- oder Geisteskrankheiten, Trunksucht, Suizid, Verbrechen, auffallende Charaktere und Talente sind in der Familie nicht vorhanden. Die Kranke ist noch in keiner Heil- oder Pflegeanstalt gewesen. Ein Konflikt mit dem Strafgesetz liegt nicht vor.

Die Kranke selbst gibt an, sie habe gesunde Eltern und drei gesunde Geschwister. Nur sei der Vater etwas nervös reizbar und eine Schwester habe ein Magenleiden. Aus der weiteren Familie sei ihr von ernsteren Erkrankungen, besonders auch von Epilepsie, nichts bekannt.

Sie sei als Kind nie krank gewesen. In der Schule sei sie immer gut mitgekommen, weil ihr das Lernen keine Schwierigkeit gemacht habe. Mit dem 13. Lebensjahre habe sie unvermittelt an einem heißen Sommertage heftige Kopfschmerzen bekommen, die trotz Kühlens des Kopfes während des ganzen Tages anhielten. Beim Abendessen desselben Tages habe sie plötzlich Krämpfe bekommen. Davon wisse sie aber nichts, weil sie bewußtlos gewesen sei. Wieder zu sich gekommen, habe sie sich gewundert, im Bett zu liegen. Von ihren Angehörigen sei ihr dann mitgeteilt worden, daß sie Krämpfe gehabt habe. Sie selbst habe wieder wie vorher Kopfschmerzen gehabt. In dem Jahre sei auch zum ersten Male die Regel gekommen, die aber in der Folgezeit immer unregelmäßig und sehr schwach aufgetreten und immer mit heftigen Kopf- und Leibschmerzen verbunden gewesen sei. Der nächste Krampfanfall sei nach einem Jahr gekommen. Vom 14. bis zum 16. Lebensjahr sei sie anfallfrei geblieben. Dann habe sie alle 3 bis 4 Wochen einen Anfall gehabt. Die Anfälle hätten sich nun nicht mehr durch Kopfschmerzen oder sonstwie angekündigt. Von ihren Angehörigen wisse sie, daß sie eine halbe Körperwendung nach rechts mache, einen Schrei ausstoße und dann hinfalle und mit Armen, Beinen und dem Kopfe schlage. Sie habe sich im Anfalle fast immer auf die Zunge gebissen und oft eingenäßt. Der Anfall daure 1 bis 2 Minuten, dann unterhielte sie sich wieder weiter wie vorher, doch wisse sie nachher nichts davon, erst nach etwa einer halben Stunde sei sie wieder klar. Während der

ganzen Jahre bis auf den heutigen Tag seien die Anfälle immer wieder aufgetreten, im Frühjahre und Herbst häufiger (zeitweilig alle 3 bis 4 Tage) als in den anderen Jahreszeiten und immer in der gleichen Art. Sie träten zu allen Tageszeiten für sie ohne Vorboten auf. Sehr oft habe sie sich durch das Fallen verletzt, verbrannt oder dergleichen. Mit 26 Jahren habe sie sich wegen der Regel frauenärztlich behandeln lassen mit dem Erfolge, daß sie seitdem regelmäßig auf den Tag und ohne Schmerzen menstruiere.

Körperlicher Befund: Die Größe der Kranken ist unter dem Durchschnitt, ihr Knochenbau mäßig kräftig, die Muskulatur und das Fettpolster sind gut entwickelt. Der Schädel und die Wirbelsäule sind nirgends druckempfindlich.

Die Pupillen sind mittelweit und gleichrund. Licht- und Konvergenzreaktion sind deutlich. Es besteht kein Nystagmus. Der Visus ist normal. Der Augenhintergrund ist frei von Veränderungen. Das Gesichtsfeld bewegt sich in normalen Grenzen.

Das Facialisgebiet ist symmetrisch. Die Zunge wird gerade und ohne Zittern herausgestreckt. Sie zeigt an verschiedenen Stellen narbige Veränderungen. Die Gaumenbögen werden bei der Phonation gleichmäßig gehoben. Die Sprache der Kranken ist leicht stotternd, sonst ohne charakteristische Veränderung.

Der Rachenreflex ist vorhanden. Ebenso lassen sich die Reflexe der oberen Extremitäten, der Bauchdeckenreflex, der Patellar- und Fußsohlenreflex leicht auslösen. Bei letzterem werden sämtliche Zehen plantarwärts gebeugt. Die aktive und passive Beweglichkeit ist in allen Gelenken ausgiebig vorhanden. Die Sensibilität ist intakt.

Ueber den Lungen findet sich überall normaler Klopfschall. Die Lungengrenzen verschieben sich bei der Atmung gut. Man hört überall vesikuläres Atemgeräusch.

Die Herzdämpfung ist normal groß, die Töne sind rein und regelmäßig.

Die Abdominalorgane zeigen keine Besonderheiten.

Der Urin ist frei von Zucker und Eiweiß, sein Sediment enthält keine krankhaften Formbestandteile.

14. 11. 30. Die Kranke wird heute von der Mutter gebracht. Sie ist motorisch unruhig, sehr verängstigt und hat ein hochrotes Gesicht. Auf Versuche, sie anzufassen,

reagiert sie mit Abwehr- und Fluchtbewegungen. Jedesmal, wenn sie berührt wird, befeuchtet sie einige Finger der rechten Hand mit Speichel und wischt damit die berührten Stellen ab. Sie schaut aufmerksam im Raume umher und „sieht" dort offenbar etwas, das sie zu verscheuchen sucht. Nur mit Mühe kann sie ins Bett gebracht werden, da sie sich heftig sträubt.

Die Mutter gibt an, der Unruhezustand habe plötzlich vor einigen Tagen begonnen. Wie in einem Fieberwahn habe sie Dinge gesehen, die gar nicht da gewesen seien. So habe sie z. B. gemeint, im Zimmer riesele Wasser von der Decke und von den Wänden herunter oder durch die Fenster komme ein großes Netz auf sie zu. Sie habe bisher keine Medizin bekommen.

Die Kranke befindet sich jetzt im Bett und blickt unruhig umher. Sie bewegt sich viel, liegt und sitzt abwechselnd. Von Zeit zu Zeit springt sie plötzlich auf und versucht, das Bett zu verlassen. Zuweilen befeuchtet sie mit der Zunge einen oder zwei Finger und faßt nach irgendwelchen „Sachen" auf der Bettdecke, an der Wand, am Mantel des Arztes oder der Schwester. Dann reibt sie das „Gefaßte" zwischen den Fingern und wirft es auf dem Fußboden. Zwischendurch sitzt sie wieder still, fixiert irgendeinen Punkt im Raume und greift dann schnell danach. Bei solchem Tun lächelt sie dauernd, lacht auch dann und wann laut auf. Sie redet leise und unverständlich vor sich hin. Auf die Frage, was sie sehe, lächelt sie nur verschmitzt, läßt sich aber in ihrem Tun nicht unterbrechen. „Ich werde es nicht sagen", ist das Einzige, was sie auf wiederholte Fragen antwortet. Man hat den Eindruck, als ob sie überall im Raume spukhafte Dinge sehe, die aber nur vorübergehend für sie in Erscheinung treten. Das ganze Bett bezeichnet sie als schmutzig. Sie verlangt, gewaschen zu werden, da ihr ganzer Körper durch das Bett schmutzig geworden sei. „Das ganze Bett ist voll, ich sehe es ganz scharf, besser als die anderen Leute," äußert sie wörtlich. Es gelingt aber nicht, aus ihr herauszubekommen, was sie eigentlich sieht. Die Decken des Bettes will sie so schnell wie möglich waschen lassen, denn in solch schmutzigem Bett könne sie nicht länger liegen. Auch im Gesicht des Arztes wäre etwas. Sie wolle es aber nicht wegnehmen, es täte ihr aber leid. Dann springt sie plötzlich auf, beleckt den Finger und fährt damit doch in das Gesicht des Arztes. Sie sagt, auch in der Luft liege etwas, Was, will sie aber nicht an-

geben. Sie tut etwas geheimnisvoll. Schmerzen habe sie nicht, sie sei überhaupt nicht krank und ganz freiwillig ins Krankenhaus gegangen.

17. 11. 30. Die Kranke ist nach wie vor ängstlich und unruhig. Sie weint und jammert, glaubt sterben zu müssen, um dann in die Leichenkammer zu kommen. Mit den Händen macht sie dauernd Abwehrbewegungen. Dieser Zustand hält ohne Unterbrechen den ganzen Tag über an. Die Zunge ist trocken und schmutziggrau belegt. Jede Nahrungsaufnahme wird hartnäckig verweigert.

18. 11. 30. Demonstration im Kolleg: Beim Hineinführen in den Hörsaal sträubt sie sich energisch, weil sie fürchtet, sie käme auf einen Marterstuhl. Sie sagt: „Mir geht es doch gut, ich will noch nicht sterben." Auf die Frage, warum sie die Abwehrbewegungen mache, antwortet sie: „Sonst lebte ich schon lange nicht mehr. Ich kämpfe schon seit drei Tagen um mein Leben. Ueberall, wo ich hinkomme, wollen sie mich fassen."

„Wie geht es Ihnen?"

„Heute ist mein letzter Tag, ich bin ganz ausgemartert; ich könnte gerade noch nach Hause laufen."

„Wie meinen Sie das?"

„Ueberall ist gesagt worden, daß ich sterben muß. Hier auf dem Stuhl ist eine ganz gefährliche Stelle."

Sie unterbricht sich oft beim Erzählen und fixiert dann eine ganz bestimmte Stelle irgendwo im Raum. Sie horcht auch gespannt dorthin, lacht dann zuweilen unvermittelt, sagt aber, daß sie etwas Böses sehe, dann wörtlich: „Den Galgenhumor muß man aber doch behalten. Ich fühle alles, wie weit es geht, bis zum Herzen." Es wird ihr ein rotes Quadrat gezeigt. Sie bittet darum, es möge mal umgedreht werden, dann schaut sie zur Decke und sagt: „Da sind alle Figuren." Sie wird gefragt, warum sie an den vorhergehenden Tagen die Finger mit Speichel angefeuchtet habe. Antwort: „Trocken ist Gold." Sie sieht zur Wandtafel und äußert dahinter sei ein Bad, in das sie jetzt hinein käme. Sie rückt öfters unruhig mit ihrem Stuhle hinweg. Die Aufforderung, die Zunge zu zeigen, verweigert sie mit den Worten: „Dann wäre ich erledigt."

19. 11. 30. Die Kranke verhält sich äußerlich ruhig. Die Abwehrbewegungen und die Greifbewegungen mit den Händen haben aufgehört. Sie liegt ruhig im Bett und antwortet auf die Frage nach ihrem Befinden: „Ich warte

auf den Tod; ich habe mich dem Schicksal ergeben." Sie ist genau darüber im Bilde, daß sie am vorhergehenden Tage im Hörsal war.

„Was haben Sie dort gesehen?"

„Die Herren hatten bestimmte Medikamente, die mir etwas antun sollten."

„Woran haben Sie das erkannt?"

„Ich habe alles genau gesehen und beobachtet, der eine hatte es in einem Bleistift, der andere darin, der andere darin."

„Warum haben Sie die Abwehrbewegungen gemacht?"

„Ich habe mich wehren müssen gegen die Spinngewebe trocken und naß. Sie wollten mich bewußtlos machen; das brachten sie aber nicht fertig. Silber ist trocken und braun und naß. Ueberall in meinem Zimmer waren Spinngewebe. Es waren alles Verbindungen zu meinem Körper."

Jedem Fleckchen auf dem Fußboden, auf dem Tisch, an der Decke usw. mißt sie eine bestimmte Bedeutung bei. Sie hält dieselben für Zeichen, die von irgendwelchen bösen Wesen zur Erkennung gegen sie gemacht sind. Wörtlich: „Ich erkenne alles. Ich bedaure nur Münster, was da alles über mich geredet wird. Man spricht davon, ich hätte nachts nicht im Bett gelegen, ich ginge nachts immer tanzen und hinterher in die Wälder. Ich will meine Hand dafür ins Feuer legen, daß keiner mit 28 Jahren die Unschuld noch hat. Hier im Zimmer haben sie von mir gesagt: „Die ist so dick und fett, sie säuft die besten Weine."

20. 11. 30. Heute Beginn der Menses.

„Wie geht es Ihnen?"

„Das Blut wird mir ausgesogen."

Während der Exploration achtet sie auf jedes Geräusch und deutet es im Sinne ihrer Beeinträchtigungsideen, z. B. Gespräche aus dem Nachbarzimmer in dem Sinne, daß über sie abfällig gesprochen würde. Für sie ist sicher, daß alle Menschen sie schlecht machen und daß ihr aus lauter Schikane Sachen in den Weg gelegt werden. Auch über Aerzte, die sie behandeln, spricht sie schlecht.

21. 11. 30. Die Kranke weint viel und befürchtet, sie käme in eine Dunkelkammer und dort auf einen Marterstuhl. Auf diesem würde ihr das Blut ausgesaugt werden. Sie gibt weiter an, daß sie, während ihre Mitkranken Radio hörten, dauernd Kerlchen gesehen habe. Allen Bewegungen

des Arztes legt sie einen Sinn bei, hinter den man allerdings nicht kommt. Sie wird nach dem Zweck verschiedener Dinge gefragt. Den Panthostaten hält sie für eine Spritze, mit der ihr das Blut ausgesaugt werden solle. Als ihr ein Bleistift gezeigt wird, fängt sie an zu weinen: „Dann auf Wiedersehen und vielen Dank." Es wird ihr ein eingebrannter Stempel am Aerztemantel gezeigt: „Es wird das Knie abgebildet, es wird der ganze Körper abgebildet." Bei aufgedrehtem Wasserkran sagt sie: „Da fängt es schon an, ist schon verbunden." Als ihr ein rotes Viereck auf weißem Untergrund gezeigt wird, erklärt sie: „Das ist die Verbindung zum Herzen, kann ich deutlich sehen, sind Strahlen." Das Viereck wird weggenommen.

„Was sehen Sie jetzt?"

„Jetzt Verbindung hier zur Mitte."

Man zeigt ihr ein Nadelkissen mit weißem Untergrund:

„Ich kann mir's nicht anders denken, ich soll's Gehör verlieren."

22.—24. 11. 30. Die Kranke sitzt still in einer Ecke und weint. Auf Befragen bedeutet sie, daß sie langsam absterbe: „Die Leber ist schon weg, ich fühle es ganz deutlich; bis zum Herzen bin ich schon tot."

25. 11. 30. Die Kranke macht einen ruhigen Eindruck. Nach ihrem Befinden befragt, sagt sie: „Ihr könnt mich in die Dunkelkammer oder auf den Marterstuhl setzen, aber nicht kalt oder warm." Sie meint, sie würde mit Wasser ertränkt und glaubt, daß aus irgend einer verborgenen Stelle an der Decke plötzlich ein Wasserstrahl herauskomme.

1. 12. 30. Die Patientin sitzt in der Abteilung den ganzen Tag über ruhig auf einem Stuhl, den geröteten Kopf hält sie in den Händen gestützt und weint. Auf Fragen gibt sie an, daß sie jetzt spüre, wie sie Spritzen bekomme, mehrere Spritzen auf einmal am ganzen Körper. Sie wartete nun auf ihr Ende. Jede Nahrungsaufnahme wird von ihr verweigert.

2. 12. 30. Das Befinden der Kranken ist heute, nachdem sie ein Bad bekommen hat, bedeutend besser. Sie fühlt sich wohler, ist nicht mehr depressiv und nimmt teil an der allgemeinen Unterhaltung und an Unterhaltungsspielen.

4. 12. 30. Heute ist der Zustand verschlimmert. Die frühere Depression hat sich wieder eingestellt. Die Kranke weigert sich am Morgen aufzustehen. Auf Befragen: „Ich

habe gehört, ich würde nie wieder gesund, weil ich geschlechtskrank wäre. Der eine sagt, ich wäre ein Schwein, der andere, eine Sau." Sie wolle sich aber nicht beleidigen lassen, und gestern habe sie schon ihrer Mutter gesagt, sie solle zum Gericht gehen und die Beleidiger anzeigen. Wer hier im Saale so etwas gesagt habe, wisse sie nicht. Sie verdächtigt ihre Mitkranken.

8. 12. 30. Der Zustand hat sich gebessert. Das Verhalten der Patientin ist ruhig und still. Sie nimmt wieder Anteil an ihrer Umgebung und ist nicht mehr depressiv.

14. 12. 30. Die Kranke zeigt heute wieder einen Stimmungsumschwung zum Stuporösdepressiven. Dem Arzt sagt sie, daß sie überall an den Vorhängen, am Spiegel, am Schrank, kurz an allen Flächen, Blumen und Buchstaben sehe, aber erst, wenn sie einige Zeit hingeschaut habe. Sie könne sich schon denken, was das zu bedeuten habe. Sie lese daraus, daß sie geschlechtskrank sei.

18. 12. 30. Das Verhalten der Kranken ist ruhig. Sie beschäftigt sich mit Handarbeiten. Den Arzt bittet sie darum, sie nach Hause zu entlassen.

12. 2. 31. Die Kranke stellt sich heute in der Sprechstunde allein vor und berichtet, seitdem sie das los sei, fühle sie sich ausgezeichnet. Die Besserung sei ein paar Tage nach Neujahr eingetreten. Sie habe am zweiten Tage ihrer Aufnahme in die Klinik von der Krankenschwester gehört, daß sie geschlechtskrank sei. Auf Vorhaltung: „Ob sie mich gemeint haben, weiß ich nicht, ich habe mir jedenfalls eingebildet, es ginge auf mich. Wir haben zu Hause zwei große medizinische Bücher, da steht drin von Geschlechtskrankheiten, sogar in bunt, der Mann vollständig nackt. Seitdem habe ich den Mann im Kopf gehabt und bin ihn nie wieder los geworden. Die Nachtwachen haben sich unterhalten, ich würde nie wieder gesund." Auf Vorhaltung: „Sicher, sonst hätte ich es mir doch nie in Kopf gesetzt. Ich weiß, daß ich Stunden hatte, wo ich gar nicht normal war, und daß ich geredet habe, was ich gar nicht mal weiß, und daß es schlimmer wurde, je mehr ich darin kam. Die Frau Müller erzählt, meine ganze Familie tauge nicht. Frau Müller kennt eine Dame, die in einem Kränzchen ist, wo über alles gesprochen wird. Von den Schwestern wurde von einem Marterstuhl gesprochen, das habe ich mir alles angezogen, weil ich ja nur in Frage kam wegen der Geschlechtskrankheit. Von Eisbädern ist auch gesprochen wor-

den, nicht von Verbrennungen. Ich wollte schlafen, aber konnte es nicht.“ Auf die Frage, warum sie so ängstlich gewesen sei: „Weil es ja heute alles Mögliche gibt. Vierzehn Tage vor der Aufnahme habe ich immer geschlafen, wie mir die Mutter erzählt hat; ich selbst weiß es nicht. Als ich das von der Geschlechtskrankheit hörte, war alles vorbei. Ich habe auch sehr unangenehme Gerüche gehabt.“

„Wie Aas?“

„Ja, das auch, alles Mögliche.“

„Waren die Gerüche auch angenehm?“

„Nein.“

„Waren sie immer unangenehm?“

„Ja.“

„Wie war der Geschmack?“

„Ich habe überhaupt keinen Geschmack gehabt; ich sah, daß das Essen gut war.“

„Wie war der Appetit?“

„Hatte ich wohl. Wie Gift im Essen hat es mir geschmeckt. Sogar während des Stickens sah ich den nackten Mann, sogar noch acht Tage zu Hause, als wenn er leibhaftig bei mir wäre. Abends war es mir gerade, als wenn in die Augen ein Blitzstrahl käme. Einen Moment kam er auf mich zu. Ich habe mir dann vorgestellt, es wird da festgestellt, ob man schläft. Es kam jedesmal, wenn ich noch nicht schlief, so groß wie ein Strahl.“ (Zeigt mit den Fingern 3 cm Länge).

„War es so, wie ein Pfeil zeichnet?“

„Nein, was anderes war es, ob das ein Apparat gewesen ist? Jedenfalls ein elektrischer Apparat. Es sauste aus der Entfernung von oben herunter und kam immer näher, und sobald es an meinem Bett war, war es verschwunden. Genau so rauschte es, wie ein Staubsauger. Es ging in meinem Körper hinein von der Schulter bis zum Arm, und dann war es wieder fort, als wenn es ein Apparat gewesen wäre, durch den man — — — wie soll ich mich ausdrücken — — — ein ganz gediegenes Gefühl im Arm links.“

„War es wie Bohren und Reissen?“

„Nein.“

„Wie Elektrisieren?“

„Ja, genau so wie schon mal in den Krämpfen. Ich hatte auch schon einmal das Gefühl, es wäre mit mir vorbei. Alles so durcheinander von einem zum andern sozusagen. Ich habe gedacht, sie haben einen Apparat angebracht.

Oben drüber hörte ich Grammophon spielen und dachte, da wohnen Mediziner und probieren etwas aus an mir. Ich habe mich ja nur künstlich hochgehalten. (Drehgefühl, Schwindel usw. wird bestritten). Ich hatte Angst, wenn ich im Bett lag. Ich fühlte, wie eine Dame hinter mir so wie ganz feines Salz mir auf die Haare warf, mehrmals hintereinander, so daß ich es immer wieder abschütteln mußte? Ob das ein Schlafmittel war? Es hat gejuckt, und dadurch bin ich darauf gekommen. Ich habe es immer wieder mit der Hand weggeschabt."

„Wie sah es aus?"

„Es war ja dunkel. Es roch nicht. Wenigstens habe ich es nicht bemerkt. Ich habe im Bett eine Gummiunterlage gehabt. Sobald ich zehn Minuten im Bett lag, schmerzte diese mich, wo ich darauf lag."

Von den unterm 14. 11. 30 aufgezeichneten Erlebnissen (großes Netz, rieselndes Wasser, schmutziges Bett) weiß sie gar nichts und lächelt darüber. Wörtlich: „Bestimmt nicht, sonst würde ich es sagen." Allerdings erinnert sie sich, im Gesicht am Munde des Arztes eine gelbe Masse gesehen zu haben, die wie Salbe ausgesehen habe. „Warum er immer den Finger so hielt, dachte ich mir dabei." (Sie legt den Zeigefinger längs der Nase). „Ich guckte immer genau dahin. Spinngewebe habe ich zu Hause bekommen, regelrecht wie Spinngewebe in lila und silber; ich dachte, es sei ein Schlafmittel, so ähnlich wie Rauch. Wenn ich es mit den Fingern berührte, verschwand es. Auf der Heizung war etwas Gelbes und Rotes unter dem Gitter."

„Aus welcher Masse war es?"

„Als wenn da Pulver gestreut wäre. Der ganze Heizkörper hinter dem Gitter war zur Hälfte rot und gelb. Das war am zweiten Tage wieder weg. Ich habe auch so was wie Wolken in der Luft gesehen, bläulich, es roch dazu."

„Roch es eigentümlich?"

„Ja, aber angenehm."

Außer der Spinngewebe erinnert sie sich der Halluzinationen, die sie zu Hause gehabt hat, nicht mehr. „Als ich im Warteraum saß, hatten sie alles Mögliche herausgespritzt auf den Fußboden, Pulver und Flocken, weich. Sobald ich das naß machte mit den Fingern, war es weg. Und jedesmal, wenn ich das gemacht hatte, kam eine neue Sache herein. Das weiß ich noch ganz genau. Durch das

Schlüsselloch und durch die Türritzen kam es herein. Ich habe schon am eigenen Körper die Bilder aus dem Buche gesehen und auch die, die ich in der hygienischen Ausstellung gesehen habe, in kleinen runden Bilderkringeln, Eiter, Pickeln usw. Alles verschwand plötzlich am 3. Januar nachmittags. Das muß eine Krankheit gewesen sein. Einen Anfall habe ich seitdem nicht gehabt, den letzten am 1. Januar, aber wie nie vorher mit Schmerzen in der linken Schläfe."

Die das epileptische Delirium in besonderem Maße kennzeichnende Inkohärenz der Gedanken und Vorstellungen findet sich ganz deutlich in unserem Falle. Als Ausdruck derselben tritt bei der Kranken in erster Linie der rege Wechsel der Halluzinationen in Erscheinung. Gleich am ersten Tage treten sie auf in Form von Wasser, das von der Zimmerdecke und den Wänden herunter rieselt, als ein Netz, das durch die Fenster auf die Kranke eindringt, als unbestimmbare Sachen, die sie in ihrer Nähe sieht, greift und fortwirft, als Erscheinungen im Raume, die sie fixiert und als Schmutz im Bette, über den sie sich beklagt. Später folgen die Trugwahrnehmungen von Spinngeweben, die sie umhüllen wollen, Kerlchen, die sie überall sieht, einem Marterstuhl, auf dem sie gefoltert und Spritzen, mit denen ihr das Blut ausgesaugt werden soll, Blumen, Buchstaben, Blitzstrahlen, roten und gelben Massen, Pulver und Flocken. Daneben finden sich mancherlei Gefühls- und Gehörshalluzinationen. Auch die verschiedentlich auftretenden wirren Reden und unlogischen Antworten weisen auf eine zweifellos vorhandene Gedankendissoziation hin. Ferner sei auf die motorische Unruhe, die zuweilen einem an Stupor erinnernden Verhalten Platz macht, als typisch für das epileptische Delirium hingewiesen. Alles, was die Kranke im Zustande des veränderten Bewußtseins erlebt, ist mit wenigen Ausnahmen nach Art des epileptischen Delirs beängstigend, schreckhaft und unangenehm.

Gleichwohl bietet das Krankheitsbild mancherlei Merkmale, die dem reinen epileptischen Delirium fremd sind und mehr paranoiden Störungen ähneln. Siemerling beschreibt solche zur Epilepsie gehörige paranoide Zustände und gibt als Hauptmerkmale derselben an, daß sie im Vergleiche zum Delirium bessere Orientierungsfähigkeit und geringere Bewußtseinstrübung aufweisen, daß ferner bei ihnen die Auffassungsfähigkeit und Aufmerksamkeit größer und die

Vorstellungsabläufe zusammenhängender und folgerichtiger seien. Raeke, der mehrere Krankengeschichten Epileptischer mit paranoiden Zustandsbildern veröffentlicht hat, weist auf die systematische Verarbeitung der krankhaften Vorstellungen bei denselben hin. Auch nennt er in diesem Zusammenhange als dominierendes Symptom den Beziehungswahn, der auch sonst bei Epileptikern nicht selten ist. Nach ihm treten die paranoiden Zustandsbilder besonders dann im Verlaufe einer epileptischen Bewußtseinstrübung auf, wenn letztere allmählich sich zurückbildet und einer nach und nach eintretenden Aufhellung des Bewußtseins Platz macht. Gerade die dann vorhandene Denkschwäche sei dazu angetan, das Gedankenmaterial zu paranoiden Beziehungs-, Verfolgungs- und Größenideen zu verarbeiten.

Es fällt bei aufmerksamem Durchlesen der Krankengeschichte auf, wie gut die Orientierungsfähigkeit der Kranken erhalten ist. Sie weiß genau, daß sie sich in der Klinik befindet, daß sie im Hörsaal war, usw. Das Eingehen auf Fragen, die ihr gestellt werden, auf Sachen, die ihr gezeigt werden, zeugt von ihrer Aufmerksamkeit. Daß die Bewußtseinstrübung der Patientin geringeren Grades ist, beweist ihr zeitweises Teilnehmen an der Unterhaltung der Mitkranken. Auch der Vorstellungsablauf ist besonders nach den ersten Tagen der Psychose zum Teil zusammenhängend und folgerichtig, wenngleich er ganz im Banne ihrer Wahn- und Beziehungsideen steht. Daß die beiden letzteren im paranoid gefärbten Sinne vorhanden sind, soll jetzt gezeigt werden.

Zu Anfang der Psychose ist es nicht leicht, Grundideen, die dominierend hervortreten und Ueberleitungen zum paranoiden Zustande bilden, herausschälen. Zu dieser Zeit, die in unserem Falle einen Höhepunkt darstellt, herrscht der Charakter eines reinen Delirs vor. Es findet sich, wie schon gezeigt, eine deutliche Inkohärenz des Gedankenablaufes verbunden mit einer Vielgestalt von Illusionen und Sinnestäuschungen. Gleichwohl zeigen schon in diesem Stadium die Handlungen eine gewisse Zweckmäßigkeit, die, wie in einem paranoiden Zustande, eine logische und folgerichtige Verarbeitung der Halluzinationen andeuten. Wenn die Kranke jedesmal, wenn sie berührt wird, einige Finger anfeuchtet und die angefaßten Stellen damit abwischt, so müssen diese Handlungen doch wohl von irgendeiner bestimmten Idee geleitet sein. Im späteren Verlauf der Krankheit ist eine deutliche Verbindung zwischen den Wahnideen und Erleb-

nissen des Wachzustandes festzustellen, wie das beim paranoiden Zustande die Regel ist. Eine solche Verbindung läßt sich für die erste Zeit des Delirs zwar nur vermuten, gleichwohl ist es interessant, danach zu suchen. Die am meisten auffallende Halluzination zu dieser Zeit ist das Gefühl der Kranken, am ganzen Körper beschmutzt zu sein und in einem schmutzigen Bett zu liegen. Nun erzählt die Kranke während der Sprechstunde am 3. 2. 31, wie oben schon berichtet wurde, von zwei medizinischen Büchern, die sie zu Hause habe und in denen die Geschlechtskrankheiten genau mit Abbildungen beschrieben seien. Besonders ein Mann, der da vollkommen nackt abgebildet sei, spuke ihr immer noch im Kopfe herum. Auch eine hygienische Ausstellung habe sie besucht, in der viele Bilder mit Eiter, Pickeln usw. zu sehen gewesen seien. Da die Geschlechtskrankheiten ja allgemein als häßliche und schmutzige Krankheiten gelten, liegt der Gedanke nahe, daß die Schmutzhalluzinationen der Kranken mit den früher gesehenen Bildern von Geschlechtskrankheiten in Beziehung stehen, zumal sie im Wachzustande am 13. 2. 31 sich erinnert: „Ich habe schon am eigenen Körper die Bilder aus dem Buche gesehen und auch die, die in der hygienischen Ausstellung zu sehen waren.“ Im späteren Verlaufe der Psychose wird die Idee geschlechtskrank zu sein deutlich erkennbar; doch auch schon während der ersten Zeit des Delirs muß diese Wahnidee vorhanden gewesen sein, obschon sich die Kranke zu dieser Zeit noch nicht offen darüber äußert. Bei näherem Studium der Krankengeschichte fällt nämlich folgendes auf: Die Kranke erinnert sich nach dem Erwachen wie folgt: „Es wurde von einem Marterstuhl gesprochen von den Schwestern; das habe ich mir alles angezogen, weil ich ja nur in Frage kam wegen der Geschlechtskrankheit.“ Nun wurde diese Halluzination von einem Marterstuhl, die später öfters wiederkehrt, zuerst am 21. 11. 30, also am 6. Tage nach ihrer Aufnahme in die Klinik festgestellt. Die Kranke muß demnach zu dieser Zeit wohl schon unter dem Eindruck gestanden haben, geschlechtskrank zu sein. Sie will sich ferner erinnern, schon am zweiten Tage ihrer Aufnahme von der Schwester gehört zu haben, sie sei geschlechtskrank. Wenn auch eine Täuschung hinsichtlich der Zeit sehr leicht möglich ist, so hätten wir doch bei der Annahme eines so frühen Vorhandenseins dieser Wahnidee eine gute Erklärung für das vorübergehend auftretende weinerliche Verhalten der Kranken zu dieser Zeit, ihre Todesbefürchtun-

gen usw. Später kommt die Wahnidee geschlechtskrank zu sein, offen zum Vorschein und verläßt die Kranke nicht mehr. Am 4. 12. 30 äußert sie: „Ich habe gehört, ich würde nie wieder gesund, weil ich geschlechtskrank wäre." Diese Idee verarbeitet sie nach Art des Beziehungswahnes ganz systematisch, und alle anderen Vorstellungen beziehen sich auf sie. Sie hört die Leute schlecht über sie und ihr unsolides Leben sprechen und beauftragt die sie besuchende Mutter damit, die Verleumder beim Gericht anzuzeigen. Wegen der häßlichen Krankheit befürchtet sie, auf einem Marterstuhl gefoltert zu werden. Sie fühlt, wie ihr das Blut ausgesaugt wird und sieht Spritzen, mit denen dasselbe geschehen soll. Die Herren im Hörsaal haben geheimnisvolle Apparate bei sich, die ihr was antun sollen. Alle Leute legen ihr Sachen in den Weg, und aus Trugbildern gleichgültigen Inhaltes liest sie, daß sie geschlechtskrank sei. Mit der Geschlechtskrankheit im Zusammenhang stehen vielleicht auch Halluzinationen sexuellen Inhaltes. Das geheimnisvolle Benehmen der Kranken und die hartnäckige Weigerung, über den Inhalt ihrer Erscheinungen zu sprechen, deuten das an. Dazu kommt ihr späterer Bericht: „Sogar während des Stickens sah ich den nackten Mann, sogar noch acht Tage zu Hause, als wenn er leibhaftig bei mir wäre."

Ziehen wir die Schlußfolgerung aus unseren Ueberlegungen, so ist zu sagen, daß die Psychose in der ersten Zeit das deutliche Bild eines epileptischen Delirs darbietet, das nur hier und da Anklänge paranoider Störungen durchblicken läßt, daß aber in ihrem weiteren Verlaufe und besonders zum Schluß neben den Symptomen des Delirs mehr und mehr Merkmale hervortreten, die den bei Epilepsie vorkommenden paranoiden Zuständen eigen sind.

In der Symptomatologie der Hirntumoren sind zwei Gruppen von Erscheinungen zu unterscheiden, die Allgemeinerscheinungen und die Herdsymptome. Die Allgemeinerscheinungen sind die Folge der Wirkung des Tumors auf das ganze Gehirn oder wenigstens auf große Abschnitte desselben, die Herdsymptome hängen von der Lokalisation des Tumors im einzelnen ab und entsprechen den durch Tumor selbst lädierten Partien des Gehirns. Die Allgemeinerscheinungen sind von großer Bedeutung für die Diagnose

des Tumors, die Herderscheinungen für die genauere Feststellung seines Sitzes. Das Delirium kann sowohl als Allgeerscheinung als auch als Herdsymptom für die Diagnose einer Hirngeschwulst gelegentlich in Frage kommen. Im folgenden wollen wir das Delirium auf diese Bedeutung näher untersuchen.

Unter den Allgemeinerscheinungen einer Hirngeschwulst stehen die Störungen der Psyche an dritter Stelle. Die erste und zweite Stelle nehmen Kopfschmerz und Stauungspapille mit Sehstörungen ein. Die Störungen der Psyche sind meistens einfacher Art und äußern sich als Verlangsamung der geistigen Tätigkeit, Gedächtnisstörung, Benommenheit und andere. Zuweilen werden jedoch ausgesprochene Psychosen beobachtet. Das Delirium kommt nach Pfeiffer unter den bei Hirntumor vorkommenden Psychosen neben der Korsakowschen Psychose am meisten vor. Schuster hat 775 Fälle von Hirntumoren mit psychischen Störungen untersucht. Er teilt letztere in verschiedene klinische Gruppen ein. Die größte dieser Gruppe bilden die einfachen psychischen Lähmungs- und Schwächezustände, die zweitgrößte bilden Fälle mit abnorm gesteigerter Reizbarkeit und an dritter Stelle folgen die Depressionszustände sowie Krankheitsbilder, die mit Verwirrtheit und deliranten Erscheinungen einhergehen. Irgendein Charakteristikum der Art seiner Aeußerung gibt es für das bei Hirntumoren vorkommende Delirium nicht. Meistens finden sich, wie auch bei anderen Delirien, zahlreiche, oft komplizierte Halluzinationen auf verschiedenen Sinnesgebieten, motorische Unruhe, Unorientiertheit usw. Das Delirium ist meistens das Zeichen eines schweren Krankheitsbildes und tritt wie auch die anderen psychischen Störungen gern im späteren Studium des Leidens auf. Daß das Delirium in der Regel die Folge der Allgemeinwirkung des Tumors auf das Gehirn ist, dafür spricht das häufige Vorkommen dieser psychischen Störung bei Hirntumoren jeglichen Sitzes. Welcher Allgemeinwirkung das Delirium seine Entstehung verdankt, ist noch zweifelhaft. In erster Linie kommt wohl der erhöhte Hirndruck in Frage, dessen Symptome fast immer das Delirium begleiten. So entwickeln sich nach Redlich, delirante Zustände häufig auf der Höhe besonders heftiger Kopfschmerzparoxysmen und klingen parallel mit der Besserung dieser wieder ab. Als beweisend dafür, daß der erhöhte Hirndruck die nächste Ursache von Delirien ist, bezeichnet Pfeiffer jene Fälle, wo nach einer Palliotivtrepanation mit den Kopf-

schmerzen die deliranten Zustände prompt verschwanden. Wie es kommt, daß die verschiedenen Kranken teils diese, teils jene und teils auch trotz gesteigerten Hirndrucks gar keine psychischen Störungen aufweisen, darüber ist bisher eine Einigung der Anschauungen nicht erzielt worden. Um das Zustandekommen der Delirien zu erklären, kann es sich nicht, wie Pfeiffer schreibt, um eine alle Hirnrindenelemente gleichmäßig treffende Funktionsstörung handeln, sondern es muß nach ihm eine elektive Schädigung funktionell zusammengehörender Neuronenverbände vorliegen, welche namentlich die Angliederung neuer Außenwelteindrücke an das früher erworbene Orientierungs- und Gedächtnismaterial zu vermitteln haben. Die Ursache für eine solche Schädigung ist aber bisher nicht gefunden worden. Französische Autoren legen nach Redlich (er nennt Klippel und Dupré) als ursächlich für psychische Störungen großen Wert auf die toxische Wirkung der Tumoren. Doch diese käme nur für wenige Arten in Frage, so für Karzinome, Sarkome und multiple Tuberkulome. Aber tatsächlich findet sich das Delirium bei den genannten Tumoren mit der gleichen Unregelmäßigkeit wie bei Geschwülsten anderer Art. Es sei endlich noch eine Erklärung für das Auftreten von Psychosen bei Hirntumoren angeführt, die ziemlich allgemein, wenigstens für einzelne Fälle, anerkannt wird. Es handelt sich um jene Kranken, bei denen dem Tumor die Rolle eines die Psychose auslösenden Momentes zukommt. Redlich schreibt in diesem Sinne wie folgt: „In vereinzelten Fällen z. B. bei ausgesprochener familiärer hereditärer Disposition, bei etwa schon vorausgegangenen ähnlichen Anfällen stellt der Tumor nur ein Agent provocateur für den Ausbruch der Psychose dar.“ Auch Bruns vertritt die Ansicht, daß die deliranten Zustände und andere echten Psychosen ähnliche Krankheitsbilder vielfach bei solchen Kranken vorkommen, die dafür erblich belastet sind. In der Tat sind in der Literatur viele Fälle beschrieben worden, bei denen das Heranwachsen einer Geschwulst früher schon dagewesene seelische Krankheitsbilder von neuem hervorrief oder verschlimmerte. Man wird demnach bei einem Tumorkranken, der in seinem früheren Leben hypomanische Gemütslage aufwies, eine hoffnungsfreudige, heitere Verstimmung oder auch ein ausgesprochen manisches Zustandsbild beobachten können. Andere Kranke werden je nach der Art ihres früheren Seelenlebens etwa mit melancholischen, hysterischen oder katatonen Erscheinungen reagieren, und bei dem Vor-

kommen deliranter Zustandsbilder wird man aus dem gleichen Grunde nachforschen, ob etwa der Kranke in seinem früheren Leben dem Alkoholabusus ergeben war, da ja dieser vielfach das bekannte und so häufige Delirium tremens zur Folge hat.

Es hat nicht an Versuchen gefehlt, das Delirium als Herdsymptom für die Bestimmung des Sitzes einer Geschwulst im Gehirn heranzuziehen; aber immer wieder haben sich diese Versuche bei genauerer Nachprüfung mehr oder weniger als trügerisch erwiesen. Nach v. Nießl-Mayendorf sollen für Schläfenlappentumoren neben anderen Symptomen Delirien charakteristisch sein. Doch wird diese Ansicht von anderen Autoren nicht geteilt, und Redlich betont, daß sie weiterer Nachprüfung bedürfe. Schuster glaubt bei der Diagnose von Balkentumoren, das Delirium als Herdsymptom verwerten zu können. Er stellte 37 Fälle von Balkentumoren zusammen und fand, daß psychische Störungen fast bei allen vorhanden waren. Er gibt weiter an, daß sich bei den Tumoren des vorderen Balkenabschnittes meist einfache geistige Schwächezustände und an progressive Paralyse erinnernde Krankheitsbilder fanden, während bei den Geschwülsten des hinteren Balkens Erregungszustände, Delirien, Halluzinationen und Wahnideen häufiger waren. Dazu kommt nach Bristowe als besonders charakteristisch das frühzeitige Auftreten dieser psychischen Erscheinungen bei gleichzeitigem Fehlen der bekannten Allgemeinsymptome wie Kopfschmerz, Stauungspapille usw. Dazu schreibt Redlich, daß die Zahl der bisher veröffentlichten richtig diagnostizierten Balkentumoren eine sehr geringe sei. Dieselben könnten auch ohne das als charakteristisch angegebene Ensemble von Erscheinungen verlaufen, andererseits könne dieses auch durch Tumoren anderen Sitzes oder durch multiple Tumoren bedingt sein. Diese Erklärung belegt Redlich mit mehreren Fällen, die er bei Anwendung der oben genannten Symptome falsch diagnositiziert hatte. Zugunsten der Ansicht Schusters sei noch hervorgehoben, daß auf Grund der anatomischen Struktur des Gehirns das Vorkommen von Delirien bei Tumoren des hinteren Balkens gut zu erklären ist. Hier verlaufen nämlich zahlreiche Verbindungen zwischen den Hirngegenden beider Hemisphären, die vorzüglich der Sinneswahrnehmung dienen. In diesem Zusammenhange sei noch erwähnt, daß Einzelhalluzinationen des Gesichts-, Gehörs- und Geruchssinnes wiederholt bei dem Sitze einer Geschwulst im Hinterhauptslappen, im

Schläfenlappen oder im Gyrus fornicatus, wo sich die entsprechenden Sinneszentren befinden, beobachtet wurden. In diesen Fällen haben die Halluzinationen jedoch einfachen Charakter und können nicht als deliriös gewertet werden. Außer den Schläfenlappengeschwülsten und den Tumoren des hinteren Balkens, wofür das Delirium als Lokalsymptom angegeben wurde, habe ich in der Literatur keine Hinweise für den lokaldiagnostischen Wert des Delirs gefunden. Es kann also zusammenfassend wohl gesagt werden, daß die Meinungen über die Bedeutung des Delirs als Herdsymptom sehr geteilt sind und somit das Delirium praktisch für die Lokaldiagnose der Hirntumoren unzuverlässig ist und nicht mehr Wert besitzt als die psychischen Störungen im allgemeinen.

Nach der jetzt folgenden Krankengeschichte soll das sie beherrschende delirante Bild eingehend erläutert werden.

Krankengeschichte:

Der Fabrikarbeiter H. K. E., 44 Jahre alt, wurde am 26. 10. 28 von seinem behandelnden Arzte der psychiatrischen Klinik in Münster überwiesen. Seine Mutter war nervenkrank, die Schwester der Mutter befindet sich in einer Heilanstalt. In einer solchen war der Kranke bisher noch nicht.

Der Kranke selbst gibt an, sein Vater sei geistig gesund gewesen und an Asthma gestorben, seine Mutter habe eine Nervenkrankheit gehabt. Er erinnere sich noch daran, daß sie ihn einmal als dreijähriges Kind habe töten wollen. Eine Schwester seiner Mutter sei in einer Anstalt, doch wisse weder er noch sonst jemand aus der Familie, wo sie sich befinde. Ein Bruder seiner Mutter, der immer auf Wanderschaft gewesen sei, sei an Schwindsucht gestorben. Seine Frau leide an Epilepsie und habe acht gesunde Kinder zur Welt gebracht, von denen eins an Würmern später gestorben sei. Die übrigen Kinder seien bis heute gesund geblieben.

Als Kind habe er die englische Krankheit gehabt. Sie sei die Ursache seiner schweren X-Beine gewesen, wegen derer er vom Militärdienst befreit gewesen sei. Außer an englischer Krankheit sei er in der Jugend öfters an Influenza, Grippe und Halsentzündungen krank gewesen. 1914 sei er zum Heeresdienst eingezogen worden. Beim Militär

sei er öfters wegen Herzfehlers in Revierbehandlung gewesen. Nach dem Kriege habe er einige Male Grippe gehabt. In den letzten Jahren habe er wiederholt an verschiedenen Körperstellen Rheumatismus gehabt. Von April bis Mai des laufenden Jahres habe er besonders beim Bücken so heftige rheumatische Schmerzen im Rücken gehabt, daß er wegen derselben 7 Wochen „gefeiert" habe. Nach dieser Zeit sei ihm gleich am ersten Tage nach Wiederaufnahme seiner Arbeit schwindelig geworden, dabei sei ihm im Halse ein schlechter Geruch emporgestiegen. In der darauf folgenden Zeit habe er an heftigen Kopfschmerzen in der Stirn- und Schläfengegend beiderseits gelitten, sodaß er nach 8 Tagen mit der Arbeit aufgehört habe. Die Kopfschmerzen seien auf der rechten Seite stärker gewesen als auf der linken. Dann habe sich eines Morgens heftiges Erbrechen und Durchfall eingestellt, weswegen er in ein Krankenhaus gebracht worden sei. Hier habe er dann weiter Kopfschmerzen, besonders rechts gehabt. Bald sei er wieder entlassen worden und habe zu Haus weiter krank gefeiert. Zum Arbeiten sei er bis jetzt nicht wieder gekommen. Seine Beschwerden seien mit wechselnder Heftigkeit bis heute geblieben. Den Kopfschmerz empfinde er rechts immer stärker als links. Er sei oft begleitet von einem Stechen in den Augen und von Schwindelanfällen. Letzteren gehe immer von innen ein Dunst wie Mottenpulvergeruch vorher. Sein Schlaf und sein Appetit seien zuweilen schlecht, zuweilen auch gut. Er rauche und trinke wenig. Geschlechtskrank sei er nie gewesen.

Körperlicher Befund: Der Körperbau des Kranken ist leptosomer Art. Das Längenmaß beträgt 167 cm. Der Gesichtsausdruck ist schlaff und müde. Die Beine sind in Genuvalgumstellung stark rachitisch verkrümmt. Unter der Haut des Rumpfes, besonders des Rückens sind mehrere flache Tumoren zu fühlen, die schon stets bestanden haben sollen.

Der Schädel ist rechts druck- und klopfempfindlich. Die Empfindlichkeit ist rechts vorn ausgeprägter als hinten. Ein pathologischer Klopfschall ist am Schädel nicht festzustellen.

Die Augen sind nach allen Richtungen frei beweglich. In den Endstellungen besteht kein Nystagmus. Die Pupillen sind gleichweit und reagieren auf Licht und Konvergenz. Am Augenhintergrund sind keine Stauungspapillen festzu-

stellen, doch sind die nasalen Grenzen der Papillen beiderseits etwas verwaschen. Die Gesichtsfelder entsprechen auf beiden Seiten der Norm. Es ist eine Rot-Grünschwäche vorhanden. Der Blinde Fleck ist nicht vergrößert. Die Sehschärfe ist rechts auf 2 36 herabgesetzt (congenitale Amblyopie). Links ist der Visus gut = 6/6.

Die Gesichtszüge sind symmetrisch. Die Trigeminusdruckpunkte sind empfindlich, rechts mehr als links.

Die Zunge wird gerade herausgestreckt und zittert nicht. Die Gaumenbögen sind gleich, der Würgreflex ist vorhanden. Die Schleimhaut ist mäßig gut durchblutet.

Die Schilddrüse ist nicht vergrößert.

Die Sprache zeigt keine Besonderheiten.

Die aktive und passive Bewegung der Gliedmassen ist ohne krankhaften Befund. Der Gang ist vielleicht etwas nach links schwankend. Die grobe Kraft der Hände ist mäßig. Die Reflexe sind beiderseits gleich und gut auszulösen. Pathologische Reflexe finden sich nicht, doch ist rechts der normale Fußsohlenreflex stärker ausgeprägt als links. Pinselberührungen werden deutlich lokalisiert. Tastsinn und Schmerzempfindung zeigen keine Anomalien.

Das Geruchsvermögen ist stark herabgesetzt, rechts mehr als links.

Geschmack und Gehör sind nicht krankhaft verändert.

Der Puls ist regelmäßig, gut gefüllt und gespannt, 70 in der Minute.

Die Herzdämpfung ist nicht verbreitert, die Herztöne sind rein.

Lungen und Abdomen zeigen keine Besonderheiten.

Im Urin findet sich kein Eiweiß und kein Zucker. Das Sediment ist frei von Zellen und Zylindern.

Psychischer Befund: Angaben der Frau K.: Ihr Mann habe einen aufgeregten Charakter und bedrohe sie häufig. Manchmal liege er tagelang zu Bett, er wolle dann nicht arbeiten und spreche wenig. Etwa alle Vierteljahr bekomme er eine „Tour", daß er 8 Tage lang betrunken sei. Das sei gewesen solange sie ihn kenne. Während der letzten 3 Jahre habe ihr Mann in der Trunkenheit Erscheinungen. Seit einem halben Jahr träten diese Erscheinungen auch auf, wenn er nicht getrunken habe. Auch sei er in dieser Zeit unruhiger „wehriger". Die Erscheinungen seien nur Gesichtstäuschungen gewesen, Gehörhalluzinati-

onen habe ihr Mann nie gehabt. In den letzten 4 bis 6 Wochen habe er wieder mehr Schnaps getrunken, weil er davon Besserung seiner Kopfschmerzen erhofft habe. Letztere seien im Mai 1928 erstmalig aufgetreten und gingen häufig mit schlechtem Geruch im Hals, mit Schwindel und Erbrechen einher. Die Mutter ihres Mannes habe das Nervenfieber gehabt, und sei nach Genesung von dieser Krankheit häufig aufgeregt und schwer umgänglich gewesen. Sie glaubt, ihr Mann habe davon etwas mitbekommen. Ernstlicher körperlicher Erkrankungen ihres Mannes erinnert sich die Ehefrau nicht.

15. 11. 28. Der Kranke gibt an, sich schwer besinnen zu können. Gelegentlich lacht er ohne Grund vor sich hin. Er klagt über Kopfschmerzen, die besonders rechts sehr heftig seien. Er liest gern, besonders plattdeutsche Bücher und ist dann zufriedener. Er hatte heute eine Gesichtshalluzination in Gestalt eines schwarzen Hundes. Nach seiner Schilderung hatte das Tier schwarze, wollige Haare wie ein Bernhardiner. Von dem Hund, der an seiner Bettstelle stand, sah er nur den Rücken, aber keinen Kopf und keinen Schwanz.

Auf die Frage nach früheren Erscheinungen berichtet der Kranke: „Auch den Teufel habe ich schon gesehen. Als ich 25 Jahre alt war, sah ich ihn eines Abends durch drei Zimmer. Ich lag im letzten dieser Zimmer zu Bett. Kurz nachdem ich mich gelegt hatte und noch ganz wach war, sah ich, wie die Tür zum Mittelzimmer sich öffnete. Es war der Teufel, der diese Tür öffnete. Als ich ihn sah, sprang ich auf, und da schlug der Teufel die Türe zu. Der Teufel sah so aus, wie er gewöhnlich gemalt wird. Als ich die Tür aufriß, war er weg. Verschiedene Körbe, die dort im Zimmer standen, stürzten durcheinander."

Mit 22 Jahren folgendes: „Ich sah ihn aber schon früher. Ich hatte während der Nacht in der Glasfabrik gearbeitet und sah, als ich mich auf dem Heimweg befand, den Teufel mit schwarzem Kopf und schwarzen Hörnern vor mir neben dem Feldweg. Ich rief ihn an, er solle mal warten, weil, wenn ich lief, der Teufel auch lief und wenn ich stand, der Teufel auch stehen blieb. Als ich schon zu Hause angelangt war, sah ich den Teufel immer noch. Ich rief ihm zu, er solle mal warten, ich wolle mal persönlich mit ihm sprechen. Damals war ich nämlich noch frech. Aber

je mehr ich mich ihm näherte, lief jener auch, sodaß ich ihn nicht fassen konnte. Ich bin eine Stunde hinter ihm her gelaufen. Es war kein Traum, es war sicher der Teufel."

Sein erstes Erlebnis will der Kranke mit 18 bis 19 Jahren gehabt haben. Er sah damals, als er im Dunkeln nach Hause kam, in der Küche neben der Tür ein helles Kreuz am Boden liegen. Er probierte, ob der Mond oder ein anderes Licht diese Erscheinung verursachte. Doch war das nicht der Fall. Das Kreuz lag 5 bis 10 Minuten dort. Als er wieder in die Küche kam, nachdem er sie absichtlich verlassen hatte, war das Kreuz nicht mehr da. Er glaubt, diese Erscheinung habe ihre Bedeutung gehabt, da ¾ Jahre später an der gleichen Stelle der Sarg mit der Leiche seines Schwesterkindes gestanden habe.

Damals hat er auch seinen verstorbenen Vater einmal morgens im Halbdunkel in der Nähe des Hauses gesehen. Er lief immer fort, wenn er (Pat.) auf ihn zu ging und blieb stehen, wenn er stehen blieb. Er sei damals sehr ärgerlich gewesen, daß der Vater nicht warten wollte. Gesprochen habe der Vater nicht, auch habe er kein Zeichen gemacht.

Der Kranke gibt auf Befragen an, seine Erscheinungen fast nie bei Tage, sondern immer im Halbdunkel oder bei Nacht gehabt zu haben.

Auf die Frage nach Erscheinungen in der letzten Zeit berichtet der Kranke dann: „Hier vom Zimmer der Klinik aus sehe ich oft nachts große vermummte Gestalten, von denen man den Kopf nicht erblicken kann. Sie ziehen draussen vor dem Fenster her, kehren aber nicht zurück."

„Sehen Sie auch zuweilen kleine Mäuse?"

„Die habe ich diesen Sommer zu Hause oft gesehen. Wenn ich die Tür öffnete, liefen sie in eine Ecke. Man konnte bei ihnen das Gesicht sehen. Sie sahen aus wie kleine Kinder und waren auch wie Kinder gekleidet. Die war ich zuletzt gewohnt."

„Warum haben Sie die Mäuse nicht gepackt?"

„Da hatte ich die Kopfschmerzen schon."

„Hatten Sie noch andere Erscheinungen z. B. von Räubern oder Dieben?"

„Das kann wohl Traum gewesen sein."

„Haben Sie oft schwere Träume?"

„Als Kind hatte ich oft Schreckensträume von allerhand Tieren. Davon habe ich den Eltern nie etwas gesagt."

„Erzählen Sie mal so einen Traum."

„Es kroch mir z. B. eine Nachtmähre den Leib herauf. Das Tier war braun und hatte vier Beine wie ein Iltis oder ein Fuchs. Es kroch bis zu meinem Hals, und ich konnte keine Luft kriegen. — Das ist jetzt noch manchmal wenn ich von diesem (macht die Gebärde des Trinkens) was habe — Ich konnte das Tier dann packen, faßte es am Hals und warf es fort. Habe immer gesiegt. Ich war dann wach und hatte Angst, es möchte wiederkommen."

Auf weiteres Fragen berichtet der Kranke dann, er habe nach Schnapsgenuß schon des öfteren weiße Mäuse gesehen. Diese kröchen des Nachts am Rande seiner Bettstelle entlang und auf die Bettdecke. Das sei aber kein Traum. Wenn ihm die Mäuse zu nahe kämen, schlüge er danach, und sie liefen dann weg. Die Mäuse hätten ihn sehr geängstigt. Piepen habe er von ihnen nie gehört.

In den ersten Tagen nach seiner Aufnahme in die Klinik will er abends vom Fenster aus seinen Arzt in einer Entfernung von 40 Metern gesehen haben. Derselbe habe ihn beobachtet. Gesagt habe er nichts zu ihm. Er könne beschwören, daß er ihn gesehen habe. „Mit dem Bart." Eine Mütze habe er auf dem Kopf gehabt, steif, mit den Händen auf dem Rücken habe er da gestanden. „Ich kann mir wohl denken, daß er selbst das nicht war. Er kann doch nicht von E. kommen. Meine Augen werden mir wohl einen Streich gespielt haben. Es ist vielleicht nur seine Gestalt gewesen. Er (der Doktor) habe draußen in Fensterhöhe (erstes Stockwerk) gestanden.

Als er sich gestern beim Mundspülen gebückt habe und dabei sein Blick auf die hinter ihm stehenden Tischbeine gefallen sei, sei ihm gewesen, als ob sich diese im Schreiten bewegt hätten. Als er sich dann aufgerichtet habe, und von vorne den Tisch genau besehen habe, habe dieser wie immer ruhig da gestanden. In den letzten Tagen habe er das Gefühl gehabt, als ob die ganze Giebelseite des Krankensaales einstürzen müsse. (Er hat die Ausschachtungsarbeiten des Neubaus gesehen).

15. 11. 28. Der Kranke klagt ständig über Kopfschmerzen rechts. Keine anderen Tumorsymptome. Er verlangt ständig nach Tabletten und Alkohol. In der vergangenen Nacht war der Kranke sehr unruhig und erbrach häufiger. Die Augenuntersuchung ergab keine Stauungspapillen. Als er am Morgen zur Röntgenuntersuchung ge-

fahren wurde, teilte er nach links und rechts Segen aus. Im Krankensaale sah er Scharen von Kanarienvögeln von einem Schrank zum andern fliegen und hörte sie zwitschern.

17. 11. 28. Passive und aktive Neigung des Kopfes nach rechts wird als unangenehm empfunden. Es besteht immer noch umschriebene Klopf- und Druckempfindlichkeit des rechten Schläfenbeines. Der Kranke gibt an, öfters ein Gefühl zu haben, als ob er sterben müsse. Diese Gefühle habe er schon zu Hause, besonders bei starken Kopfschmerzen gehabt. Schon in seinem 20. Lebensjahr, als er an Influenza erkrankt gewesen sei, habe er es gehabt. Das Gefühl des Sterbenmüssens sei unabhängig von Erscheinungen. Der Kranke sprach in den letzten Tagen oft vom Sterben und forderte wiederholt einen Strick, um sich damit zu erhängen. Er will schon öfter mit dem Strick in der Hand gestanden haben, um sich damit das Leben zu nehmen, z. B. einmal zu Hause auf der Tenne. Er hat es unterlassen, weil sein Gewissen ihm sagte: „Tu es nicht wegen Frau und Kinder." Den Grund, weshalb er sich aufhängen wollte, kann er nicht angeben. Er berichtet weiter, früher schon mal erwogen zu haben, nach Ibbenbüren zu gehen und sich von den Bergleuten eine Dynamitpatrone zu holen, um sich damit zu erschiessen. In der vergangenen Nacht war er in der zweiten Hälfte sehr unruhig und sagte u. a. zur Schwester: „Es wird bestimmt nicht gut gehen. Holen Sie die Hebamme." Er verlangt später nach Cognak, wurde sehr erregt dabei und brüllte laut in den Korridor.

18. 11. 28. Der Kranke erzählt, eine kleine Kuh gesehen zu haben, wie sie auf seiner Bettdecke herumgelaufen sei. Dieselbe sei von grüner Farbe und 10 cm groß gewesen. Nach 10 Minuten sei sie plötzlich verschwunden gewesen. Er sah auch wiederholt einen 5 bis 6 Pfund schweren Affen, der ihm von rückwärts über den Kopf auf die Beine sprang und am Fußende unter die Bettdecke schlüpfte. Er versichert, auch deutlich den Sprung des Affens in seinen Beinen gefühlt zu haben. Ferner sah er einmal eine Ratte mit einem Maulkorb, die auf dem Tisch herum lief. Als er heute zum Abort ging, sah er einen grauen russischen Wolf aus der geöffneten Tür hervorkommen. Trotz seines Schreckens ging er an ihm vorbei auf den Abort. Vor einigen Tagen sah er 6 bis 7 junge Kätzchen vor seinem Bett. Er spielte mit ihnen etwa 10 Minuten lang. Sie liefen nicht fort und kratzten mit ihren kleinen Krallen an seinen Fingern. Plötzlich waren sie nicht

mehr da. Auch von einer Erscheinung des Teufels weiß der Kranke wieder zu berichten. Er sah denselben zwischen den Betten stehen. „Er sah aus, wie er aussehen soll, wie er abgemalt ist.“ Er gab dem Teufel die Hand und sagte: „Guten Tag, Herr Belzebub,“ worauf der Teufel ihm auch die Hand drückte und ihm auch einen guten Tag wünschte. Die Zeitangaben über seine Erlebnisse stimmen mit den Beobachtungen der Schwester nicht überein. Auch sind inhaltlich Abweichungen zu beobachten. Während der Exploration sagt er mehrmals: „Jetzt bin ich durch das viele Fragen 20 Prozent kränker geworden. Das macht mich ganz nervös.“ Der Kranke ist sehr auf Medikamente versessen. Er lobt die Schwester, die ihm gerade die Tabletten bringt, und schimpft, wenn sie ihm verweigert werden. Er sucht sozusagen die eine Schwester gegen die andere auszuspielen. Er droht damit, sich aufzuhängen oder Lärm zu machen, wenn er keine Medikamente bekomme.

19. 11. 28. Befund der Universitäts-Augenklinik:

R. Papille: Grenzen stark verwaschen, geringe Prominenz der Papille, Venen etwas gestaut. Die Papille zeigt weiße Streifen.

L. Papille: Ebenfalls verwaschene Grenzen, nicht so ausgeprägt wie rechts, Prominenz geringer. Venen gestaut. In der Nähe der Papille temporal unten zwei kleine Haemorrhagien. Diagnose: Beginnende Stauungspapille, links weniger als rechts. Der Patient wird in der Nacht ruhig und hat viel Durst, klagt über Trockenheit im Munde, Kopfschmerzen und Brechreiz. Er trinkt viel und ißt fast nichts. Später wird er unruhiger und phantasiert.

23. 11. 28. Im ganzen ist der Zustand unverändert. Der Kranke ist sehr unruhig und schwer zu beeinflussen. Er klagt über Kopfschmerzen, spricht wenig, ab und zu witzelnde Bemerkungen, „wenn das man wahr ist“ usw.

Befund der Universitäts-Augenklinik: Beiderseits starkes Oedem der Papillen, rechts mehr als links. Prominenz beiderseits geringgradig. Venen gestaut, geschlängelt, weiße Streifenbildung beiderseits. Rechts temporal außen radiär gestellte große Haemorrhagien. Kleine Haemorrhagien beiderseits. Liquor- und Blutuntersuchung auf Wassermann durch das hygienische Institut fielen negativ aus.

Der Kranke wird am 27. 11. 28 der Heil- und Pflegeanstalt Mariental überwiesen.

Auszug aus der in Mariental geführten Krankengeschichte:

28. 11. 28. Der Kranke war bisher ohne Verabreichung von Medikamenten ruhig und still. Spontane Aeußerungen sind selten. Er weiß, wo er sich befindet.

„Seit wann sind Sie hier?"

„Seit heute." (Statt gestern).

„Warum sind Sie hierher gebracht worden?"

„Ich soll verrückt sein, der Doktor hat allerhand aufgeschrieben."

Der Kranke klagt ständig über Kopfschmerzen, besonders auf der rechten Seite, wo sie von der Stirn seitlich herum in den Nacken zögen. Es sei, als ob jemand darin sässe, der dort etwas herum drehe. Infolge der Kopfschmerzen schlafe er schlecht. Er phantasiere manchmal, auch hier habe er schon phantasiert. Es seien große Hunde um sein Bett gesprungen, besonders wenn es still sei und die Kopfschmerzen kämen, phantasiere er. Er halte die Phantasien zunächst für wirklich, später denke er, das könne nicht sein. Wenn er die Augen schließe, sehe er die Phantasiegestalten weiter. Besonders sehe er große Karawanen und ganze Landschaften mit Zügen von Menschen und Tieren. Früher habe er auch den Teufel gesehen. Während er sonst bei den Erscheinungen nichts höre, habe er einmal den Teufel mit dem Fuß aufstampfen gehört. Wenn die Zeiten der Kopfschmerzen kämen, würde er am liebsten Selbstmord begehen. Das Denken sei schwer, und das Behalten gehe nicht mehr so wie früher.

29. 12. 28. Auffallend ist die am ganzen Körper überscharfe Sensibilität, die im Gegensatz steht zu der Somnolenz des Kranken. Ganz leise Berührungen mit der Nadelspitze werden als erhebliche Schmerzen empfunden. In psychischer Hinsicht ist das mit wechselnder Intensität in Erscheinung tretende delirante Bild hervorzuheben. Dieses geht einher mit zahlreichen optischen Täuschungen und ängstlichen Affekten. Zwischendurch sind über den Inhalt seiner Sinnestäuschungen wenig Auskünfte zu erhalten, wie überhaupt Orientierung und Merkfähigkeit deutlich geschwächt sind. In seinen Antworten äußert sich ab und zu das Symptom der Witzelsucht.

14. 1. 29. Der Kranke ist in letzter Zeit dauernd recht laut. Er ruft stets Mama. Er antwortet kaum auf Fragen, sondern läßt sich durch Ansprechen nur zu sprachlichen

Produktionen anregen, die gar keine inhaltlichen Beziehungen zur Frage haben. Er näßt ein und macht Lärm beim Abführen. Angeblich keinerlei Lichtempfindung. Auch ist die Reaktion der Pupille auf Licht beiderseits erloschen. Beim Gehen taumelt der Kranke. Ataktische Erscheinungen sind sonst, soweit das beim fehlenden Sehen zu prüfen ist, nicht festzustellen.

22. 1. 29. Der Zustand des Kranken verschlimmert sich zusehends. Die Temperatur ist leicht erhöht. Der Kranke ist völlig somnolent und motorisch unruhig. Er wälzt sich im Bett hin und her. Er schluckt schlecht und kann den im Munde und in den Bronchien sich ansammelnden Schleim nicht los werden.

23. 1. 29. Heute weitere Verschlimmerung. Ueber den Bronchien hört man überall starkes Rasseln. Der Kranke kann nicht mehr sprechen und bringt nur lallende Laute hervor. Der Puls ist sehr klein und kaum fühlbar, 120 in der Minute. Temperatur 37,7.

24. 1. 29. Der Kranke ist heute abend 10,35 Uhr gestorben.

Sektionsbericht:

Anatomische Diagnose: Nur Kopfsektion gestattet. Tumor an der Unterseite des linken Stirnhirns, im Bereiche des Chiasma opticum und dahinter. Differenzialdiagnostisch kommt makroskopisch in Betracht: Gliom oder Endotheliom. Der Tumor erreicht die Größe eines kleines Apfels und zeigt sowohl Verdrängungswachstum wie auch infiltrierendes. Zentral starke Erweichung.

Miskroskopischer Befund: Nach van Gieson — Färbung sieht man deutlich Vermehrung der gelblich gefärbten Gliasubstanz. Reichlich Nekrosen, verhältnismäßig wenig protoplasmareiche Gliazellen.

Diagnose: Faserreiches Gliom.

Wie die Vorgeschichte ergibt, stammt der Kranke aus einer erblich belasteten Familie. Die Mutter wird als nervös bezeichnet. Eine Schwester der Mutter befindet sich in einer Anstalt, und ein Bruder der Mutter trieb sich sein Leben lang auf der Landstraße umher.

Die psychopathische Konstitution des Kranken äußert sich in seiner Neigung, von Zeit zu Zeit tagelang dem Alkoholgenusse bis zur völligen Trunkenheit zu huldigen und in seinen halluzinatorischen Erlebnissen, die er schon als junger Mensch öfters hatte. Auch weisen die schweren Träume, unter denen er schon als Kind zu leiden hatte, auf ein abnormes Seelenleben hin. Ferner sind die zu verschiedenen Zeiten auftretenden Selbstmordgedanken als krankhaft zu bezeichnen. Die optischen Sinnestäuschungen, von denen in der Anamnese berichtet wird, sind allerdings mit einem gewissen Vorbehalt als Zeichen einer krankhaften seelischen Veranlagung zu deuten, da derartige „Spukgeschichten" unter der ländlichen Bevölkerung ungemein verbreitet sind. Wer die Bevölkerung Westfalens kennt, weiß, wie häufig unter den Leuten von Erscheinungen Verstorbener, von Särgen, von Kreuzen und von Teufeln die Rede ist, die dann in der Regel als Vorgeschichten gedeutet werden. Der Kranke hatte seine Erscheinungen auch meist des Nachts oder in der Dämmerung, also zu Zeiten, in denen die Umrisse der realen Dinge verschwommen sind und auch eine gesunde Phantasie anregen können, sie im subjektiven Sinne umzugestalten. Da sich aber bei unserem Kranken neben den Halluzinationen noch die erwähnte erbliche Belastung und andere bestimmte Symtome einer psychopatischen Persönlichkeit finden, ist es wohl berechtigt, auch die Halluzinationen als Ausdruck einer krankhaften seelischen Veranlagung zu deuten. Als junger Mann hatte er seine Erlebnisse meistens abends, wenn er von der Arbeit nach Hause kam. Man darf da wohl annehmen, daß nicht nur die Dunkelheit, sondern auch die Ermüdung von des Tages Arbeit eine günstige Vorbedingung für das Zustandekommen der Gesichtstäuschungen schuf. Die Ermüdung mag zuweilen die Kontrolle über seine Sinne geschwächt haben, daß ihm diese wie er selber sagt, einen Streich spielten. Dieselbe schädliche Wirkung auf das Gehirn ist wohl dem Alkohol, dessen Genuß bei ihm so häufig Gesichtstäuschungen hervorrief und später der Gehirngeschwulst zuzuschreiben. Die Halluzinationen, die nach Alkoholexzessen bei ihm auftraten, haben nach Inhalt und Form große Aehnlichkeit mit den bei Delirium tremens vorkommenden. Jedoch scheinen bei unserem Kranken die anderen Merkmale dieses, durch chronischen Alkoholmißbrauch verursachten Krankheitsbildes, zu fehlen. Der Kranke selbst und die Ehefrau, deren Berichte die anamnestischen Angaben

der Krankengeschichte ausmachen, berichten neben den Halluzinationen nichts von anderen Anzeichen eines Delirium tremens. Auch scheint der Kranke den Alkohol nicht gewohnheitsmäßig in solcher Menge genossen zu haben, wie es zum Zustandekommen eines Delirium tremens erforlich ist. Wir müssen demnach annehmen, daß der Kranke, der infolge seiner angeborenen Schwäche des Zentralnervensystems schon nach geringerem Alkoholgenuß mit jenen Erscheinungen, nämlich mit Gesichtstäuschungen reagierte, die das am meisten hervorstechende Symptom des Delirium tremens darstellen, gegen das Gehirn treffende schädliche Wirkungen sehr empfindlich ist. Wie nach dem Alkoholgenuß, so traten in gleicher Weise bei unserem Kranken infolge der schädlichen Wirkung seines Hirntumors Halluzinationen in auffallender Weise hervor.

Daß die deliranten Erscheinungen im vorliegenden Falle hauptsächlich der Allgemeinwirkung des Tumors zuzuschreiben und als Herdsymptome weniger zu verwerten sind, ergibt sich aus folgender Ueberlegung. Sie treten ganz unregelmäßig und mit besonderer Deutlichkeit auf der Höhe der Kopfschmerzparoxysmen und der anderen Allgemeinerscheinungen auf. Das Gegenteil ist aber der Fall bei jenen Delirien, die als Herdsymptome Geltung haben. Diese zeigen sich nämlich, wie schon dargelegt, gleich zu Beginn der Erkrankung, wenn die bekannten, auf Tumor hindeutenden Druckererscheinungen noch nicht vorhanden sind.

Gleichwohl kann in unserem Falle das Delirium in Verbindung mit den anderen Symptomen für die Lokaldiagnose verwertet werden. Die Tumoren des Stirnhirns gehen nämlich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle und mehr als die übrigen Hirngeschwülste mit psychischen Störungen verschiedener Art einher. Wenn nun, wie es bei unserem Kranken der Fall ist, Symptome vorhanden sind, die auf einen Tumor im Fontallappen hindeuten und daneben eine schwere psychische Störung z. B. ein Delirium sich findet, so läßt dieses mit größerer Wahrscheinlichkeit auf eine Geschwulst im Stirnhirn schliessen.

Zum Schlusse erübrigt es sich noch, daß ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Kehrer, meinen ergebensten Dank ausspreche für die freundliche Auswahl des Themas und die liebenswürdige Ueberlassung der Krankengeschichten.

Literatur.

1. **Aschaffenburg,** Ueber gewisse Formen der Epilepsie. Arch. für Psych. Bd. XXVII, S. 955. 1895.
2. **Binswanger,** Die Epilepsie. Verl. Alfr. Hölder, Wien und Leipzig 1913.
3. **Bristowe,** Case of tomour of the corpos callos. Brain 1884. zit. nach Redlich, Hirntumor (in Lew. Handb. d. Neur. Bd. III, S. 595).
4. **Bruns,** Geschwülste des Nervensystems. Wien 1902. zit. nach Pfeiffer, Arch. f. Psych. Bd. 47, S. 559. 1910.
5. **Kraepelin,** Klinische Psychiatrie. Verl. Joh. Ambr. Barth, Leipzig 1927.
6. **v. Nießl Mayendorf,** Ein Beitrag zur Syptomatologie der Tumoren des rechten vorderen Schläfenlappens. Jahrbuch für Psych. Band 26, S. 19. 1905.
7. **Pfeiffer,** Ueber psychische Störungen bei Hirntumoren. Arch. f. Psych. Bd. 47, S. 734. 1910.
8. **Raeke,** Die transitorischen Bewußtseinsstörungen bei Epileptikern. Halle 1903.
9. **Redlich,** Hirntumor. (in Lewandowskys Handbuch der Neurologie. Bd. III, S. 597. 1912.)
10. **Schuster,** Ueber psychische Störungen bei Hirntumoren. zit. nach Redlich, Hirntumor (in Lew. Handb. d. Neurologie. Bd. III, S. 596).
11. **Siemerling,** Zur Lehre von den epileptischen Bewußtseinsstörungen. Arch. f. Psych. Bd. 42, S. 769.
12. **Vogt,** Epilepsie. (in Aschaffenburgs Handb. d. Psych. Leipzig und Wien 1915).
13. **Westphal,** Eigentümliche, mit Einschlafen verbundene Anfälle. Arch. f. Psych. Bd. 6, S. 3.
14. **Ziehen,** Neuere Arbeiten über pathologische Unzurechnungsfähigkeiten. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. I.

Lebenslauf.

Ich, Otto Helming, kath., wurde am 3. März 1898 als Sohn des Kreisarztes Dr. Hermann Helming in Ahaus i/W. geboren. Im Kriege wurde ich als Infantrist an der Westfront schwer verwundet und lag längere Zeit im Lazarett. Im Herbst 1919 machte ich mein Abiturientenexamen und wandte mich dem Studium der Pharmazie zu. Später studierte ich in Bonn und Berlin Medizin. In Berlin bestand ich im März 1928 die ärztliche Vorprüfung. Die klinischen Semester absolvierte ich in Bonn, Düsseldorf, Wien und Münster, wo ich am 28. Januar 1931 das Staatsexamen beendigte.